TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr SAUVAGE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
—
1907

TITRES

Externe des hôpitaux
1894.

Interne des hôpitaux
1897.

Interne a la Maternité de la Pitié
1898.

Interne a la Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe
1899.

Docteur en médecine
Lauréat de la Faculté (Médaille d'argent)
1902.

Chef de clinique adjoint d'accouchements de la Faculté
1904.

Chef de clinique d'accouchements de la Faculté
1905 et 1906.

ENSEIGNEMENT

Moniteur des manœuvres obstétricales a la Faculté
1898 et 1904.

Préparateur des conférences d'obstétrique a la Faculté
1903 et 1904.

Répétiteur a la clinique d'accouchements de la Faculté
(Clinique Baudelocque, 1899-1905).

Cours universitaires de diagnostic et de manœuvres obstétricales
a la clinique Baudelocque, 1904-1907.



TRAVAUX ORIGINAUX

BACTÉRIOLOGIE

Recherches sur la syphilis de l'ovule. (Travail fait dans le service de M. le Professeur PINARD, et dans le laboratoire de M. METCHNIKOFF.) Communication à l'*Académie des sciences*, 15 octobre 1906 (en collaboration avec M. LEVADITI.)

En collaboration avec M. Levaditi, j'ai donné la première démonstration de la pénétration du Spirochæte pallida (*Treponema pallidum*, de Schaudinn), dans les éléments cellulaires, destinés à la reproduction de l'espèce humaine.

Le spirille a été trouvé par nous dans l'ovule, à l'autopsie d'une enfant, née d'une mère syphilitique, dans le service de M. le Professeur Pinard, et morte le trentième jour après la naissance, avec une éruption de syphilides, des fissures labiales, etc.

Les spirilles étaient assez abondants dans le stroma ovarien; mais ce n'est qu'après l'examen de nombreuses coupes que leur présence put être constatée dans quelques cellules ovulaires. Il y avait un contraste marqué, entre la rareté des tréponèmes dans les ovocytes, et leur abondance dans les cellules hépatiques.

Les parasites occupaient la partie centrale de l'ovocyte, et étaient entourés d'une zone claire, d'apparence vacuolaire. D'autres siégeaient dans l'épithélium germinatif des cordons de Valentin-Pflüger, la couche granuleuse des follicules de Graff. Quelques ovocytes en voie d'atrésie, étaient infectés.

Les principaux aspects, trouvés épars sur les préparations, ont été groupés dans la figure ci-après.

La présence de spirochètes dans l'ovule, démontre la possibilité de la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant; par *voie ovulaire*.

MM. Wallich et Levaditi ont trouvé des spirilles dans le placenta d'enfants hérédo-syphilitiques, et ont montré que les parasites sont très inégalement répartis, dans la portion fœtale et dans la portion maternelle. Relativement nombreux dans les villosités, ils sont très clairsemés dans l'épaisseur de la caduque, comme

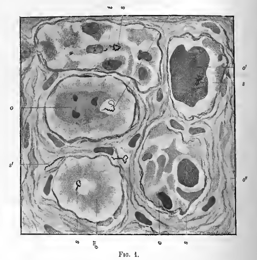


Fig. 1.

Dans le protoplasma de deux ovocytes (*o* et *o'''*), le tréponème incurvé (*s*) occupe une vacuole sise près du noyau, dans une région correspondant au corps vitellin de Balbiani. D'autres follicules de Graff (*o'* et *o''*), atteints d'atrésie folliculaire, montrent des ovocytes réduits de volume, en état de dégénérescence granulaire, et une prolifération de cellules folliculaires (*c*). Des tréponèmes (*s*), droits ou entortillés, existent dans le protoplasma de ces ovules atrésiés.

En dehors des ovocytes, on décèle des parasites, soit dans le tissu interfolliculaire (*s'*), libres ou phagocytés, soit dans l'épithélium germinatif qui tapisse les cordons de Valentin-Pflüger (*t*, *s*). Quelques trépomènes existent également dans les cellules de la couche granuleuse des follicules de Graff.

Les préparations ont été faites suivant la méthode d'imprégnation à l'argent, et à la pyridine (de M. Levaditi).

s'ils n'y avaient pénétré que secondairement, par diffusion, et grâce à leur mobilité. Ces recherches appuient notre théorie

sur l'importance de la voie ovulaire, comme voie de transmission de l'hérédo-syphilis.

L'infection spirillaire et héréditaire des cellules destinées à reproduire l'espèce, explique les cas de syphilis de troisième génération, de syphilis *atavique* d'Antonelli, avec manifestations syphilitiques chez des petits-enfants, issus de grands-parents ayant contracté la syphilis.

Il y a lieu d'instituer un traitement, de parti pris, chez les enfants issus de procréateurs syphilitiques, même en l'absence de tout accident, à la naissance ou dans les mois suivants, afin de préserver à la fois l'espèce et l'individu.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE OBSTÉTRICALE

Anatomie pathologique des ruptures de l'utérus pendant le travail.
Thèse de Doctorat, Paris, 1902.

Ces recherches ont porté sur trente cas, dont :

Vingt et un, examinés à l'autopsie, après traitement conservateur de l'utérus ;

Neuf, étudiés au cours de laparatomie, suivie d'hystérectomie.

La rupture est habituellement localisée au segment inférieur; elle s'arrête net, en haut, au bord inférieur, épais, du corps utérin; en bas, à l'insertion vaginale.

La déchirure s'étend au corps de l'utérus, lorsqu'il y a eu passage du fœtus dans la cavité péritonéale; elle s'étend à la portion vaginale du col et à la paroi du vagin, lorsqu'il y a eu extraction ou expulsion de l'enfant par les voies naturelles.

Il peut exister une déchirure des culs-de-sac vaginaux, indépendante de la lésion utérine.

La proportion des déchirures complètes aux déchirures incomplètes est de 2 : 1.

Sauf les cas de déchirure traumatique et instrumentale, il y a rarement concordance, entre la déchirure du péritoine, et la plaie utérine. La déchirure du péritoine peut être complètement isolée, à distance de l'utérus. De là une cause d'erreur pour le diagnostic clinique ; la main, introduite à travers la rupture utérine, ne pénètre pas jusqu'à la déchirure du péritoine, et conclut à l'existence d'une rupture incomplète.

Les principaux types anatomiques de ruptures spontanées peuvent être schématiquement catégorisés en :

a) Rupture verticale d'un bord ;

b) Rupture transversale de la paroi antérieure, plus rarement de la paroi postérieure;

c) Rupture à deux segments, disposés en L ou en T;

d) Arrachement du corps utérin, séparé du segment inférieur par une déchirure, formant cercle complet ou incomplet;

e) Tout à fait exceptionnellement, il y a deux ruptures.

L'hémorragie a pour origines habituelles la déchirure des sinus utérins, et la rupture de vaisseaux de petit volume, dans le paramétrium. Elle ne devient importante que par sa continuité, et par l'impossibilité où l'utérus est de se contracter tant que le fœtus est contenu dans sa cavité. Les hémorragies rapides et abondantes sont dues, soit à la déchirure du tronc de l'artère utérine, ou d'une de ses grosses branches, soit à l'ouverture des sinus de la région placentaire par le trait de rupture. Ces faits peuvent être vérifiés à l'autopsie, par l'injection de liquides colorés, dans les vaisseaux.

L'abondance et l'extension de l'infiltration sanguine sous le péritoine, les irradiations des déchirures péritonéales, l'épanchement de sang et de liquide amniotique dans la cavité péritonéale, créent de sérieux dangers d'infection, dans tous les cas de rupture.

Lorsque la mort survient rapidement, on constate habituellement, à l'autopsie, une abondante hémorragie intra et sous-péritonéale; dans quelques cas, la quantité de sang, ainsi épanché, est insuffisante pour expliquer la mort. Il s'agit alors de ruptures intra-ligamentaires. La déchirure des riches plexus nerveux de la région a sans doute un rôle important.

L'examen microscopique d'utérus déchirés m'a, plusieurs fois, permis de constater l'existence d'une dégénérescence hyaline des fibres musculaires, dans des régions limitées de la paroi. L'insuffisance de nos connaissances actuelles sur les modifications physiologiques des fibres utérines, pendant la grossesse, et sur leurs altérations pathologiques en général, ne permet pas de tirer de conclusion, au sujet du rôle de cette dégénérescence, dans l'étiologie des ruptures utérines.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Maladie de Dühring ou dermatose gravidique auto-toxique. (Communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie de Paris*, janvier 1906.)

L'éruption polymorphe et symétrique, observée chez les femmes enceintes, et désignée sous le nom de maladie de Dühring, d'herpès gestationis, ou de dermatose gravidique auto-toxique de M. le Professeur Pinard, peut coexister avec les formes généralisées et intenses du « prurit de grossesse ».

Ce sont deux manifestations d'une même imprégnation du système nerveux par des toxines.

Le rôle de l'élément nerveux est démontré par la disparition *immédiate* du prurit, et par l'étiolement des éléments éruptifs, parfois incroyablement *rapide*, dans les heures qui suivent l'accouchement.

Comme la gale, la maladie de Dühring peut être l'occasion d'abcès du sein, pendant la grossesse.

DYSTOCIE

1° **Allongement hypertrophique du col et puerpéralité.** (Communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie de Paris*, séance du 12 novembre 1906; *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, décembre 1906.)

Les travaux récents, ayant pour objet l'étude des rapports entre l'allongement hypertrophique du col et la puerpéralité, mettent surtout en relief les complications graves, qui peuvent résulter de l'élongation du col, au moment du travail et pendant les suites de couches.

Les modifications histologiques (sclérose et œdème), sont notées comme mettant obstacle à l'effacement et à la dilatation du col, pendant le travail, et comme causant des déchirures, au moment de l'accouchement.

Les interventions sur le col, dilatation et incisions, l'application de forceps, l'embryotomie, l'opération césarienne, ont été employées dans le traitement de cette cause de dystocie.

Quelques-unes au moins de ces interventions peuvent trouver leur indication. Mais avant d'y recourir, il est nécessaire d'attendre la démonstration, que la terminaison spontanée de l'accouchement sera impossible. Il ne faut pas se hâter d'intervenir. En laissant aux contractions utérines, le temps nécessaire pour dilater le col, triplé ou quadruplé de longueur, on peut avoir de véritables surprises.

Dans un cas que j'ai rapporté, le col mesurait 11 centimètres de longueur, et la circonférence de la portion vaginale, saillante hors de la vulve, et très œdématiée, atteignait 22 centimètres. Après plus de vingt-quatre heures de travail, l'accouchement se

termina spontanément et heureusement, pour la mère et pour l'enfant.

Dans le cas d'allongement hypertrophique, le col s'efface par

Fig. 2.

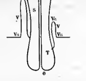


Fig. 3. — Schéma d'une coupe sagittale passant par le canal cervical et les culs-de-sac antérieur et postérieur.

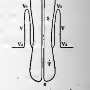


Fig. 4. — Schéma d'une coupe frontale passant par le canal cervical et les culs-de-sac latéraux.

Vu, Vu : bords de l'orifice vulvaire. — V, V : paroi vaginale. — Va, Va : culs-de-sac vaginaux. — O : orifice utérin. — T : portion du col, saillante hors de la vulve. — S : portion sus-vaginale du col.

ascension de ses parois autour du pôle inférieur de l'œuf, et par

descente de ce dernier dans le canal cervical. C'est la reproduction, à une grande échelle, du mécanisme de l'effacement physiologique.

L'œdème étendu de la portion vaginale, en faisant perdre aux tissus leur élasticité, est une cause de déchirure limitée, au moment de l'accouchement.

Les inconvénients, qui résultent pour la femme de la saillie du col hors de la vulve, sont insuffisants pour qu'il y ait lieu d'amputer la portion vaginale, pendant la gestation. Cette intervention peut être suivie d'interruption de la grossesse. Sa valeur, comme traitement prophylactique de la dystocie pendant l'accouchement, est limitée; l'épreuve du travail donne seule la mesure de l'obstacle, apporté à l'expulsion spontanée, par les modifications du col.

2° **L'accouchement dans le bassin oblique ovalaire.** (Communication à la *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, séance du 8 mai 1905.)

L'étude du mécanisme de l'accouchement dans le bassin oblique ovalaire, est encore incomplète à l'heure actuelle. Dans le plus important travail d'ensemble publié sur ce sujet, Tcherépakhine conclut de l'étude de cent vingt-deux bassins de Nægele, que de nouveaux documents peuvent seuls déterminer la valeur de la théorie actuellement classique.

L'engagement de la tête « au large », avec orientation de ses grands diamètres sous-occipitaux, suivant le grand diamètre oblique du détroit supérieur, est considéré comme avantageux au point de vue de la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles. L'engagement, dit « à l'étroit », suivant le petit diamètre oblique, comporterait un pronostic défavorable.

Cette doctrine classique est peu en rapport avec certains faits, dans lesquels des accouchements successifs, chez une même femme, se terminent d'une façon malheureuse pour l'enfant, lorsque la tête est orientée dans le grand diamètre oblique, et au contraire, dans de bonnes conditions, lorsque l'orientation est inverse.

J'ai ainsi observé un cas, dans lequel l'accouchement précédent avait nécessité une basiotripsie, l'enfant étant mort après un

travail prolongé. L'occiput était dirigé vers la partie large du bassin. A l'accouchement suivant, je pus extraire, à l'aide du forceps, un enfant vivant, pesant 4.500 grammes, et ayant un diamètre bi-pariétal de 101 millimètres. L'occiput était dirigé vers la partie étroite du bassin, et resta dans cette attitude, pendant la traversée de l'excavation, et jusqu'au moment du dégagement.

Le pronostic de l'accouchement, dans les malformations pelviennes obliques ovulaires, type de Nægele, dépend de l'ampli-

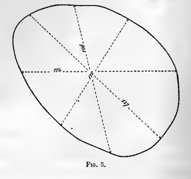


Fig. 5.

tude générale et de l'étoffe du bassin, plus que de l'orientation de la tête suivant tel ou tel des diamètres obliques. Dans le cas ci-dessus, le bassin était large. J'ai fait reproduire, avec réduction de moitié, le contour du détroit supérieur, radiographié et mensuré par M. Contremoulins après l'accouchement.

A défaut de mensurations plus précises, le toucher manuel, pratiqué sous chloroforme pendant la grossesse, peut fournir des renseignements au sujet de la capacité générale du bassin, facteur essentiel du pronostic, et, en particulier, distinguer les cas où il y aura lieu de pratiquer l'opération césarienne au début du travail, et ceux où la tête fœtale aura à mesurer elle-même le bassin au cours du travail.

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Traitement des ruptures de l'utérus pendant le travail. *Thèse de Doctorat*, Paris, 1902.

L'étude de 32 cas de rupture *utérine sub partu*, formant, en 1902, la *statistique intégrale* de mes maîtres, M. le Professeur Pinard, MM. Champetier de Ribes et Varnier, amène aux conclusions suivantes, au point de vue thérapeutique.

La rupture se produisant pendant le travail, la première question à résoudre est celle de l'extraction de l'enfant.

L'extraction par les voies naturelles est le plus souvent possible, bien que la rupture survienne à une période du travail, où la dilatation du col est incomplète. La mort de l'enfant, suivant rapidement l'accident, commande l'emploi de méthodes mutilatrices, et la terminaison de l'accouchement aux dépens du fœtus, devenu corps étranger. La dilatation de l'orifice est presque toujours suffisante, pour qu'une embryotomie puisse être pratiquée.

Le passage du fœtus en totalité, ou en grande partie, dans la cavité péritonéale, et l'existence d'un obstacle sérieux à l'extraction par les voies naturelles (viciation du bassin, sténose cicatricielle du col, cancer du col, etc.), sont des contre-indications absolues à l'extraction par la voie vaginale.

Mais en dehors même de ces cas, l'extraction par la voie basse expose la femme à de graves dangers, par l'agrandissement de la déchirure et l'hémorragie mortelle, dont elle a été parfois l'occasion.

L'extraction par les voies naturelles doit donc être considérée comme un procédé de nécessité. Il n'y a lieu d'y recourir que lorsqu'il y a doute dans le diagnostic; elle permet alors de vérifier

l'état des parois utérines par le toucher manuel, après évacuation de l'utérus.

Dans tous les autres cas, l'extraction du fœtus doit être faite par laparotomie, et être le temps préparatoire de l'hystérectomie.

Le traitement de la rupture utérine en elle-même, considéré indépendamment de la question de l'extraction de l'enfant, peut être obstétrical ou chirurgical.

Parmi les différents procédés de traitement obstétrical qui ont été employés, un seul est à retenir : le tamponnement et le drainage de la déchirure.

Le traitement chirurgical peut être conservateur ou radical, suivant que la laparotomie est suivie de suture de la déchirure ou d'hystérectomie.

Le tamponnement et le drainage de la rupture ne nécessitent ni connaissances chirurgicales spéciales, ni appareil instrumental compliqué. Dans la pratique, cette méthode peut être seule applicable, en raison des conditions où se trouve le malade; mais elle ne peut être qu'un pis aller.

Sur 23 cas de ma statistique où ce traitement a été employé, 20 se sont terminés par la mort.

Ces résultats désastreux s'expliquent par l'insuffisance du tamponnement et du drainage, pour lutter contre l'hémorragie et l'infection, les deux grandes complications de la rupture utérine *sub partu*.

Le traitement par laparotomie et hystérectomie est seul rationnel. Il permet de lier les vaisseaux qui saignent dans le paramétrium, d'évacuer les liquides contenus dans le péritoine, les caillots accumulés dans les vastes cavités de décollement sous-séreuses, d'établir un très large drainage.

Les résultats fournis par la pratique montrent que ces avantages ne sont pas seulement théoriques.

Parmi les 9 cas rapportés dans notre statistique, où ce traitement a été employé, 4 se sont terminés par la guérison, résultat sensiblement supérieur à celui du traitement obstétrical.

Ces chiffres sont encore insuffisants pour juger de la supériorité du traitement chirurgical. Depuis 1902, des perfectionnements de technique opératoire ont encore amélioré les résultats. Continuant la statistique du service de M. le Professeur Pinard, depuis 1902 jusqu'en 1906, M. Potocki a trouvé 3 guérisons, pour 5 cas de rup-

ture utérine où, malgré leur gravité, les accidents ont laissé le temps d'intervenir chirurgicalement.

Le traitement chirurgical conservateur, par suture de l'utérus après laparotomie, est inférieur au traitement radical par hystérectomie.

La conservation de l'utérus empêche le large drainage, qui est une des conditions principales de succès du traitement chirurgical. Il laisse le péritoine exposé à une infection, propagée de la cavité utérine à travers les bords irréguliers et contus de la rupture.

Ces dangers ne sont pas contre-balancés par l'avantage de permettre à la femme l'espoir d'un avenir obstétrical plus heureux. L'évolution des grossesses ultérieures peut être compromise, ou interrompue par des accidents de rétroversion de l'utérus gravide, comme j'ai eu l'occasion de l'observer, à deux reprises, chez une même malade de mon maître M. Champetier de Ribes. Lorsque la grossesse évolue jusqu'à terme, il n'est pas rare que la rupture se reproduise pendant le travail.

On a voulu établir une distinction, au point de vue thérapeutique, entre les ruptures complètes et les ruptures incomplètes; les premières seraient seules justiciables du traitement chirurgical; les secondes donneraient une très forte proportion de guérisons avec le traitement obstétrical.

Cette distinction, d'ordre clinique, ne peut servir de base à une différence de traitement. La main qui explore une rupture utérine, croit parfois sentir les anses intestinales à nu, alors qu'elle en est séparée par un feuillet péritonéal. Inversement, la main qui a pénétré dans une cavité de décollement juxta-utérine, peut avoir la sensation d'être dans une cavité close, alors que le péritoine est largement déchiré dans une région voisine.

Le traitement des ruptures incomplètes de l'utérus doit être le même que celui des ruptures complètes, même lorsque la laparotomie a montré à quelle variété on a affaire. Laissant de côté l'hémorragie, qui peut être aussi dangereuse dans un cas que dans l'autre, l'infection est moins à redouter lorsque le péritoine est intact; mais ce n'est qu'une question de degré. En présence d'un cas déterminé, il est dangereux de subordonner le traitement aux résultats fournis par les statistiques.

Le diagnostic de rupture de l'utérus pendant le travail, commande l'intervention d'urgence.

L'intervention doit comprendre : la laparotomie, l'extraction de l'enfant et du délivre, l'hémostase des vaisseaux déchirés, l'hystérectomie, le nettoyage de la cavité péritonéale et des foyers hémorragiques péri-utérins, et un large drainage. Dans les observations que j'ai rassemblées pour ma statistique, et dans toutes celles que j'ai consultées, la mort a toujours été le résultat de l'intervention chirurgicale non suivie de drainage.

L'hystérectomie pour rupture utérine *sub partu*, est une intervention atypique et difficile ; les points de repère anatomiques sont malaisés ou impossibles à retrouver, en raison du délabrement des parties molles, et des larges infiltrations sanguines, qui entourent le segment inférieur rupturé.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie varie suivant les cas, et en particulier suivant le siège et l'extension de la déchirure, dont il faut dépasser les limites inférieures. Dans le choix du procédé, il faut aussi tenir le plus large compte de l'état de la femme, et savoir s'arrêter à celui qui, sans être le plus correct au point de vue chirurgical, comporte la plus grande rapidité.

En s'inspirant de ces données, on ne peut pas espérer guérir toutes les malades. Il en est qui meurent avant le début de l'intervention la plus hâtive. Mais on est en droit de compter sur une très forte réduction de la mortalité.

SUITES DE COUCHES

Hématométrie post-partum. (In *Thèse de Doctorat* Kasansky; Paris, 1906.)

L'hématométrie est un accident exceptionnel pendant les suites de couches. Elle est due à l'oblitération progressive du canal cervical par cicatrisation et coarctation des déchirures du col, produites par une intervention instrumentale, forceps ou basiotripsie,

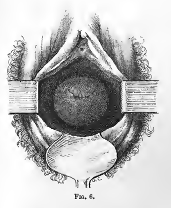


Fig. 6.

La cicatrisation des plaies vaginales peut avoir le même résultat.

L'absence de retour de couches, les douleurs paroxystiques survenant à l'époque correspondant aux règles, sont les seuls symptômes observés.

Par son augmentation de volume, par sa consistance molle, par sa régularité, l'utérus présente des caractères qui font penser à la gravidité.

Le toucher, en faisant constater la disparition de l'orifice utérin, permet d'établir le diagnostic. Mais l'oblitération du canal cervical peut débuter à distance de l'orifice, et celui-ci rester perméable pendant longtemps.

C'est ainsi que, dans un cas que j'ai observé, c'est seulement au bout de huit mois que l'atrésie devint manifeste, et que le col prit alors, en quelques semaines, les caractères qui sont représentés dans la figure ci-dessus.

Pendant tout le temps où le tissu cicatriciel, oblitérant le canal cervical, laisse l'orifice perméable, il est très difficile d'éviter la confusion avec la grossesse d'abord, et avec la rétention d'un œuf mort ensuite.

L'hystérométrie pourrait faire affirmer le diagnostic ; mais elle est contre-indiquée, en raison des soupçons de grossesse, ou de rétention fœtale intra-utérine.

L'expectation est la seule conduite à tenir, jusqu'au moment où le diagnostic peut être affirmé.

NOUVEAU-NÉ

1° Sur la syphilis héréditaire. *Société de Biologie*, 28 octobre 1905; *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie* de Paris, octobre 1905. (En collaboration avec M. Levaditi.)

Le traitement iodhydrargyrique, donné à la mère pendant toute la grossesse, préserve l'enfant procréé par un *père* syphilitique. La



Fig. 7. — Coupe du foie (Imm. : Zeiss 12e, oculaire comp. n° 6). — On voit des îlots de cellules hépatiques emprisonnées dans du tissu conjonctif. Les éléments hépatiques renferment de nombreux spirochètes.

gestation va à terme, et l'enfant naît avec toutes les apparences de la santé.

L'immunité s'arrête là.

Bien que la mère, qui allaite, continue le traitement, l'enfant peut présenter des accidents mortels.

Pour prévenir l'hérédo-syphilis, il faut que le ou les procréateurs



FIG. 8.

infectants, soient soumis à un traitement prolongé, avant la fécondation, suivant la doctrine de M. le Professeur Pinard. Ce traitement « anté-conceptionnel » (Wallich) est indispensable.

Après la naissance, l'enfant peut rester pendant plusieurs mois, dans un état de santé en apparence satisfaisant, et ne présenter que tardivement des accidents contagieux : fissures labiales, syphilides cutanées, etc... (voir figure 8).

Cette période latente de l'infection hérédo-syphilitique expose le médecin à autoriser le placement de l'enfant auprès d'une nourrice, qu'il contagionnera, lorsque les accidents apparaîtront à l'improviste.

L'absence fréquente de manifestations précoces chez l'enfant doit faire instituer, de parti pris, le traitement de l'hérédo-syphilis après la naissance.

A l'autopsie de l'enfant, dont l'observation a été le point de départ de notre travail, nous avons pu donner la première démonstration de la *pénétration du Spirochæte pallida dans les cellules hépatiques* (voir figure 7).

Le *Spirochæte pallida* passe dans le liquide d'un vésicatoire, appliqué sur une éruption de syphilides, ou sur une région de la peau d'apparence normale, mais *en imminence* d'éruption. A ce point de vue, la bactériologie peut rendre des services, pour établir le diagnostic d'une éruption observée chez un nouveau-né.

La présence du *Spirochæte pallida* dans les viscères peut révéler la cause de la mort subite chez l'enfant.

2° Contagion de la nourrice par l'enfant hérédo-syphilitique. (In *Thèse de Doctorat* Désormeaux, Paris, 1906.)

La contagion de la nourrice par un enfant hérédo-syphilitique peut être très tardive. Dans un cas que j'ai rapporté dans la thèse de Désormeaux, un chancre du mamelon fut observé chez une femme, qui allaitait un enfant de neuf mois.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° **Cancer œsophagien.** *Société anatomique* mai 1900

2° **Fibrome de la peau.** *Société anatomique*, juin 1900.

3° **Cancer colloïde de l'estomac.** *Société anatomique*, février 1901

TABLE DES MATIÈRES

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. 15849.